

Treball de Final de Màster / Trabajo de Final de Máster

Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

**ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS
USUARIOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
(UHP) EN SU RECUPERACIÓN.**

Autor/a / Autor/a: Tamara Buendía Escudero.

Director/a / Director/a: Dra. María Ángeles Ruipérez Rodríguez.

Dr. Iván Carlos Legascue de Larrañaga.

Data de lectura / Fecha de lectura: del 5 al 9 de Octubre de 2015



ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
OBJETIVOS.....	9
HIPOTESIS.....	9
METODOLOGÍA.....	10
PARTICIPANTES.....	10
DISEÑO.....	12
INSTRUMENTOS	13
PROCEDIMIENTO.....	15
RESULTADOS.....	16
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	16
DATOS GENERALES: ESCALA DE MARS Y ESCALA DE VERONA.....	18
ANÁLISIS DE LAS CORRELACIONES.....	21
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	27
ANEXOS	30

RESUMEN

Objetivo: Este estudio se ubica dentro del modelo social y de recuperación para la asistencia de las personas con trastorno mental grave (TMG) y trata de analizar comparativamente dos instrumentos, la escala de Verona adaptada (VSSS-22) para la valoración de la satisfacción con el servicio de psiquiatría (de forma unificada y por dimensiones) y escala de recuperación de MARS.

Método: Se trata de una investigación de tipo observacional, contextualizada en dos unidades de ingreso hospitalario de la Región de Murcia, donde la muestra de 35 participantes cumple mismos criterios de inclusión y exclusión. Las edades comprendidas son entre los 18 y los 70 años. Los resultados estadísticos son analizados a través del paquete informático SPSS-20.

Resultados: Analizando los constructos de forma separada, un total de 85,4% de usuarios perciben un buen nivel de recuperación y un total de 91,4% de participantes expresan sentirse satisfechos con el servicio de hospitalización. Con respecto al análisis final de ambas variables la correlación es nula (entre los valores totales y entre cada una de las variables de satisfacción).

Discusión y conclusiones: La ausencia de correlación estadísticamente significativa entre ambos constructos podría sugerir que se trata de variables independientes entre sí, aunque relacionados y complementarios para la rehabilitación psicosocial. Se concluye que probablemente hayan podido influir las limitaciones relacionadas con las características de los auto-informes, como la complejidad o la extensión de las escalas, la complejidad del ámbito de estudio, el tamaño muestral, las características de los propios participantes, la forma de acceder al servicio o el “sesgo del propio interés”.

Palabras Clave: Recuperación/recovery, satisfacción/satisfaction, ingreso hospitalario/hospital care, enfermedad mental grave/ serious mental illness.

ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (UHP) EN SU RECUPERACIÓN.

1. INTRODUCCIÓN

Este estudio surge como necesidad de continuar ampliando los conocimientos generados a través de la investigación en el campo de la recuperación en la enfermedad mental grave, en su más amplio concepto.

El modelo de recuperación es un movimiento social que está influyendo en el desarrollo de servicios de salud mental en todo el mundo, refiriéndose tanto a las experiencias subjetivas de optimismo, el empoderamiento y el apoyo interpersonal, y la creación de servicios positivos, orientados a la recuperación. (Warner, 2010)

Repper y Perkins, (2003) afirman que cualquier servicio, tratamiento, intervención o apoyo debe ser juzgado - ¿hasta qué punto nos permite llevar la vida que deseamos vivir?”.

El ámbito de este estudio se centra en el servicio de hospitalización psiquiátrica (UHP) donde los usuarios, siguiendo dicho modelo de recuperación, deben juzgar hasta qué punto están satisfechos con el tratamiento, la intervención o apoyo que allí reciben.

La definición misma de recuperación justifica la necesidad de relacionarlo con la satisfacción del usuario de los servicios de salud mental, ya que de esta forma se evaluarán los conceptos de bienestar, esperanza, relación de ayuda, calidad y cualificación profesional, que lleva implícita la misma definición. (Shepherd, Boardman & Slade, 2008)

Apoyando a dichos autores, Bellack y Drapalski (2012) refieren en su artículo sobre el constructo de “recovery”, que los estudios están obligados a comprender los factores que contribuyen al concepto de recuperación de los consumidores y determinar su curso. Por tanto, ello justifica la necesidad de analizar las dimensiones de la satisfacción del ingreso hospitalario en psiquiatría con el concepto de recuperación a través de la escala de evaluación de Maryland (Mars) y la escala de Verona, la cual ha sido previamente adaptada (VSSS-22) al tipo de servicio donde se aplica.

Cabe hacer mención de la particularidad del análisis de este constructo ya que un ingreso hospitalario podría verse como una ruptura de su proyecto de vida o por el contrario, podría interpretarse como un intento de recuperación para tener una vida plena. No se debe obviar que el motivo de ingreso se justifica por una evolución perjudicial de sus síntomas u otros problemas, que han impedido un funcionamiento dentro del propio ámbito comunitario o entorno natural, y por tanto ha afectado a su bienestar.

En este aspecto radica la importancia de evaluar la influencia de ambos conceptos analizados en este estudio, donde se plantea la pregunta, ¿Un ingreso hospitalario con buena satisfacción percibida por parte del usuario puede influir en su recuperación?

En relación a la clínica que predomina durante un ingreso, hay autores como Shepherd et al. (2008) que hablan de que la recuperación no significa necesariamente una cura o recuperación clínica, y por tanto, una persona puede tomar las riendas de su vida sin necesariamente “recuperarse de” su enfermedad.

Así, las UHPs no solo pondrán el énfasis en el alivio de síntomas y la prevención de recaídas, centrándose en el objetivo tradicional de “tratamiento y cura”, sino que se orientarán hacia la recuperación, hacía un proyecto de vida satisfactorio. (Department of

Health, 2007) Y se espera que un buen nivel de satisfacción percibida sobre los servicios de psiquiatría, influya favorablemente en la recuperación del usuario en cuanto a que demostrará que los servicios intervienen influyendo sobre el bienestar general, ofreciendo un apoyo directo para ayudar a las personas a actuar como ciudadanos de pleno derecho.

En contraposición a la visión optimista de los cuidados en salud mental de este estudio centrado en la recuperación y la satisfacción, hay autores como Atral. J. et. al en 1997 o años más tarde, Sartorius, Sanz y Pérez en 2006, que afirman que la transformación del paciente como sujeto pasivo (que recibe los cuidados decididos por un profesional) en usuario activo, (que responsablemente se informa-decide-elige, evalúa y critica), está lejos de la realidad. Y señala que en el caso específico de los pacientes psiquiátricos la distancia es aún mayor.

Fernández-Carbonell et al. (2012) considera que el estrés psicosocial que conlleva el ingreso, unido a la percepción de falta de libertad así como el efecto de la psicopatología residual puede influir en una menor satisfacción. Por eso, según estos autores, el diagnóstico del usuario puede estar asociado a un bajo nivel de satisfacción con un servicio de salud mental y por tanto a su nivel de percepción de recuperación.

Weistein, (1981) defiende en su trabajo que evaluar el nivel de satisfacción percibida es especialmente difícil en las unidades de ingreso, donde la mayoría de los profesionales no suelen cuestionar estos aspectos, por la necesidad urgente de frenar las graves manifestaciones psicopatológicas, a la vez de estar presionados por las exigencias por optimizar los indicadores sanitarios. Además, según el autor, los profesionales tienden sobre todo a ver a los pacientes ingresados como “demasiado enfermos” para ser fiables como informadores apropiados.

Remnik et al. en su estudio publicado en 2004, considera que todavía falta mucho trabajo para conseguir que los usuarios de psiquiatría internalicen sus derechos y responsabilidades para realizar una crítica constructiva hacia su tratamiento y sus cuidados. Afirma que la mayoría de ellos se sienten dependientes de los servicios psiquiátricos y pueden tener aun cierta aprehensión a expresar sus críticas por miedo a la retaliación.

Las afirmaciones de estos autores se enmarcan dentro de los enfoques tradicionales, de ver la enfermedad y los síntomas como núcleo de los problemas de salud mental, mientras que los modelos sociales y de recuperación consideran que el estigma, junto con la exclusión social, son el mayor obstáculo para la recuperación (Barnes, 2010).

Este trabajo trata de apoyar las afirmaciones de Bellack y Drapalski (2012), quienes evidencian que un enfoque paternalista de los cuidados, donde no se fomenta la independencia ni la autoeficacia, puede tener un efecto negativo, retardando la recuperación. Y en respuesta a esta visión tradicional del cuidado, estos mismos autores señalan que existe una corriente donde los usuarios y los profesionales han promovido un “movimiento de recuperación”, basado en el cuidado de salud con esperanza, respeto, y control de su salud mental o bien llamado, empoderamiento.

Por tanto también sirve de fundamento del estudio el concepto de empoderamiento que acuña Warner (2010) dentro del modelo social y de recuperación, donde lo define como componente del proceso de recuperación y afirma que los usuarios pueden y deben evaluar su satisfacción con respecto al ingreso, los profesionales y el tratamiento recibido. Y considera que son más valiosos los servicios de salud mental orientados al usuario y con un enfoque en la reducción del estigma

internalizado, mejorando el resultado de la enfermedad y por tanto influyendo positivamente en la recuperación.

Bellack y Drapalski (2012) afirman que la escala MARS no está altamente correlacionada con la recepción de la recuperación orientada a la satisfacción del tratamiento, por lo que con este estudio a través de la multidimensionalidad de la escala de satisfacción, se tratará de demostrar dicha relación.

Atral. J. et. al (1997) en el estudio de validación de la escala de Verona (VSSS-54), confirma la necesidad de valorar el constructo de satisfacción pero no como única variable, ya que no hay que dejar de lado constructos que valoren la calidad de vida o la evaluación de las repercusiones en sí mismo o en el entorno.

Otros autores como Berghofer et al., (2001) Längle et al., (2003) y Remnik et al., (2004) demuestran la relación entre el sentimiento de confianza y satisfacción en el cuidado, con su deterioro en la calidad de vida y deterioro social

Pero es importante establecer los matices del concepto de “satisfacción”, ya que en sí mismo es un constructo, que según Sheppard (1993) y Atral. J. et. al (1997), es muy general y necesita ser bien definido desde el punto de vista socio-psicológico para poder analizarlo.

Uno de los matices que hay que tener en cuenta para valoración de este constructo es con respecto al tratamiento que pueden recibir, el cual no solo está relacionado con la intervención en sí, sino también con el proceso en por el cual han llegado a ser usuarios. Es decir la voluntariedad o no del ingreso influirá en su percepción. Por otro lado también influirá notablemente las expectativas previas que tenga la persona ingresada en la UHP, en otros factores que señalan estos los autores.

Por otro lado, Ware y Davies (1983) afirman que la satisfacción valorada como variable independiente influye no solo en la eficacia de la intervención, sino también en la conducta del usuario, por ejemplo relacionada con la búsqueda de atención o adherencia al tratamiento. Por lo que se podría afirmar que guarda una relación directa con el concepto de recuperación.

Tratando de conocer la relación entre la satisfacción de las unidades de hospitalización psiquiátrica y la recuperación percibida, permitirá por un lado, reflexionar sobre el enfoque de la práctica clínica dentro de las UHPs y por otro, fomentar la comprensión de los conceptos analizados, entre los profesionales del servicio.

2. HIPÓTESIS:

“El nivel de satisfacción percibida por los usuarios ingresados en dos Unidades de Hospitalización Psiquiátrica influye positivamente en el nivel de percepción de su recuperación”

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL:

-Analizar comparativamente la escala MARS con la escala de Satisfacción de Verona, de forma unificada y por dimensiones.

3.2. OBJETIVO SECUNDARIOS:

- Medir la percepción subjetiva de recuperación en pacientes con TMG.
- Medir el nivel de satisfacción percibido en pacientes con TMG (de forma unificada y por dimensiones)
- Establecer descriptivamente el tipo de TMG, género, edad y estado civil.

4. METODOLOGÍA

4.1 .PARTICIPANTES

-ÁMBITO DE ESTUDIO

El contexto dónde se realiza el estudio son las unidades psiquiátricas de hospitalización de la región de Murcia concretamente en el Hospital Santa Lucia de Cartagena (Murcia), y en el Hospital Román Alberca (Murcia).

-MUESTRA

La población de estudio está compuesta por pacientes con trastorno mental, dentro del rango de edad de 18 a 70 años, de ambos sexos.

El método de muestreo es no probabilístico, de tipo oportunista o de conveniencia; acorde a las características y número de los usuarios del mencionado recurso y al periodo establecido para la recopilación de datos; quedando formada la muestra objeto de estudio por 35 participantes (n=35). Posteriormente se analizan los resultados mediante el programa informático estadístico SPSS.

La muestra debe cumplir con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

-Criterios de inclusión:

a-Pacientes con edades entre 18 y 70 años.

b-Usuarios que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas del DSMIV confirmadas por la SCID. Se hace constar entre paréntesis el código correspondiente a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10 (OMS, 1992):

1- Esquizofrenia (F20)

- 2- Trastorno delirante (F22)
- 3- Trastorno psicótico compartido (F24)
- 4- Trastorno esquizoafectivo (F25)
- 5- Trastorno psicótico no especificado (F29)
- 6- Trastorno bipolar I (F31)
- 7- Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante, grave con síntomas psicóticos (F32.3, F33.3)

c-Aceptar el consentimiento informado firmado.

-Criterios de exclusión:

- a-Pacientes que estén cognitivamente deteriorados o por los efectos de los fármacos no puedan rellenar las escalas.
- b-Pacientes que no acepten de forma voluntaria las condiciones del estudio.

-VARIABLES

-Independientes:

-Satisfacción del servicio percibida, cuantificada con la escala Verona VSSS-22 adaptada para UHP.

-Dependientes:

- Estado de recuperación subjetiva en personas con enfermedad mental grave cuantificada con la escala MARS (Maryland Assessment RecoveryScale)

-Descriptivas (socio-demográficas y clínicas):

-Edad (cuantitativa continua).

- Género (cualitativa dicotómica)
- Estado civil (cualitativa nominal)
- Diagnóstico de TMG (cualitativa nominal)

-ASPECTOS ÉTICOS

Se tiene en cuenta la protección de datos del paciente según la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se respetan los principios enunciados de la Declaración de Helsinki adoptada en junio de 1964 y enmendada siete veces, la última en la Asamblea General de octubre 2013 (Asociación Médica Mundial, 1964).

Se realizada la autorización del paciente por medio del consentimiento informado (Anexo I) y se ha solicitado autorización a los centros de trabajo donde se realiza el estudio. (Anexo II)

4. 2.DISEÑO

Este estudio se fundamenta en la incorporación de la voz de los verdaderos protagonistas, los usuarios reconocidos como interlocutores válidos, para responder a sus propias necesidades.

Se trata de una investigación de tipo observacional, en el que no se manipulan las variables a estudio, y en las que se tratará de establecer si existen correlaciones estadísticamente significativas entre un instrumento de medida de la percepción subjetiva de la recuperación (Escala MARS) por un lado y diferentes constructos relacionados con la percepción subjetiva de la satisfacción percibida (Escala VSSS-22).

4.3. INSTRUMENTOS

a-“Cuestionario de datos Sociodemográficos y datos Clínicos” (Anexo III).

Cuestionario que recoge los siguientes datos:

- Sociodemográficos: fecha de nacimiento, género, edad y estado civil. (Otra información adicional que pueda aparecer no ha sido analizada)
- Clínicos: categorías diagnósticas del DSMIV confirmadas por la SCID

b- Evaluación de Maryland de la recuperación de personas con Enfermedades Mentales Graves “Escala de MARS” (Anexo IV).

El instrumento autoaplicado está diseñado para evaluar el estado de la recuperación en las personas con enfermedad mental grave. Consta de 25 ítems, los cuales se puntúan en escala Likert de Nada en absoluto a Mucho, pasando por Un poco, Algo y Bastante. Actualmente se encuentra en proceso de validación en España.

c- “Escala de Verona para la valoración de la satisfacción con el servicio de psiquiatría” VSSS-22. ” (Anexo V).

Es una escala auto-administrada que valora la satisfacción de los pacientes con los servicios prestados por los recursos comunitarios de salud mental. Es un instrumento fiable para la investigación de comparativa y en la práctica clínica habitual de los servicios de salud mental en toda Europa. Ha sido traducida a varios idiomas y se utiliza en los estudios realizados en muchos sitios en el mundo.

Todos los ítems tienen una opción de respuesta compuesta por una escala Likert de 5 puntos (1 = malísima, 2 = generalmente insatisfactoria, 3 = ni buena ni mala, 4 = generalmente satisfactoria, 5 = excelente).

Entre las diferentes versiones que se han desarrollado, VSSS-54 o VSSS-32 se encuentra la VSSS European Version (VSSS-EU), la más actualizada. (Ruggeri et al., 2000).

El desarrollo de la versión española de la VSSS fue llevada a cabo por investigadores de la Unidad de investigación en Psiquiatría Clínica y Social de Cantabria y de la unidad de investigación de Psiquiatría Social y Comunitaria de la Universidad de La Laguna (Tenerife) (Gaite et al.1997) (Vázquez-Barquero et al.1997)

-Adaptación de la VSSS-32 a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de corta estancia: VSSS- 20

Ante la inexistencia de un instrumento para valorar de forma específica y multidimensional la satisfacción de los pacientes de un servicio de ingreso hospitalario, se decidió adaptar el cuestionario de Verona extendido (VSSS-56)

La multidimensionalidad es una de las cualidades más importantes de la escala para poder ser posteriormente adaptada, ya que es muy heterogénea la dotación de recursos de los centros, como es el caso de los centros de tratamiento con metadona españoles o, como es el caso de este estudio, una unidad de hospitalización psiquiátrica. (Trujols & Perez de los Cobos., 2005)

A través de la adaptación se facilita la administración y utilización de la misma, eliminando ciertos ítems donde se preguntan por aspectos no valorables en el servicio específico donde se realiza el estudio, obteniendo como resultado final una escala VSSS- 20 items.(ANEXO VI)

La escala consta de las siguientes dimensiones o factores: satisfacción global, comportamiento y habilidades de los profesionales, información, acceso, eficacia y tipos de intervención.

La multidimensionalidad tiende a corregir los errores por defecto en la detección de insatisfacción, permitiendo conocer las opiniones específicas sobre la variedad de servicios ofertados.

4.4. PROCEDIMIENTO

Para realizar el estudio se pasarán de forma individual, autoadministrado, tras la aceptación y firma del consentimiento informado, el cuestionario de datos sociodemográficos, la Versión Española de Maryland Assessment Recovery Scale (25 items) y la Escala de satisfacción percibida adaptada (20 items). Previamente dichas encuestas están debidamente codificadas con el fin de preservar el anonimato.

A las participantes se les explica previamente la duración de las encuestas, que oscilará entre 30 y 40 minutos. Para su realización dispondrán de una sala donde solo si lo precisan, acudirá la encuestadora como ayuda a determinada duda relacionada.

Posteriormente se recogerán los datos de las encuestas, transcribiendo en el programa informático (SPSS-22) cada valor según las escalas Likert establecidas previamente.

Y el análisis final de la tabla de valores se realizará mediante un estudio de las correlaciones posibles entre las puntuaciones totales de la escala de recuperación de Mars y la escala de satisfacción de Veróna (VSSS-22) y por otra parte, entre el mismo valor de la escala de MARS y cada una de las dimensiones que componen el constructo de satisfacción en un servicio de psiquiatría.

5. RESULTADOS

5.1. DATOS DESCRIPTIVOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

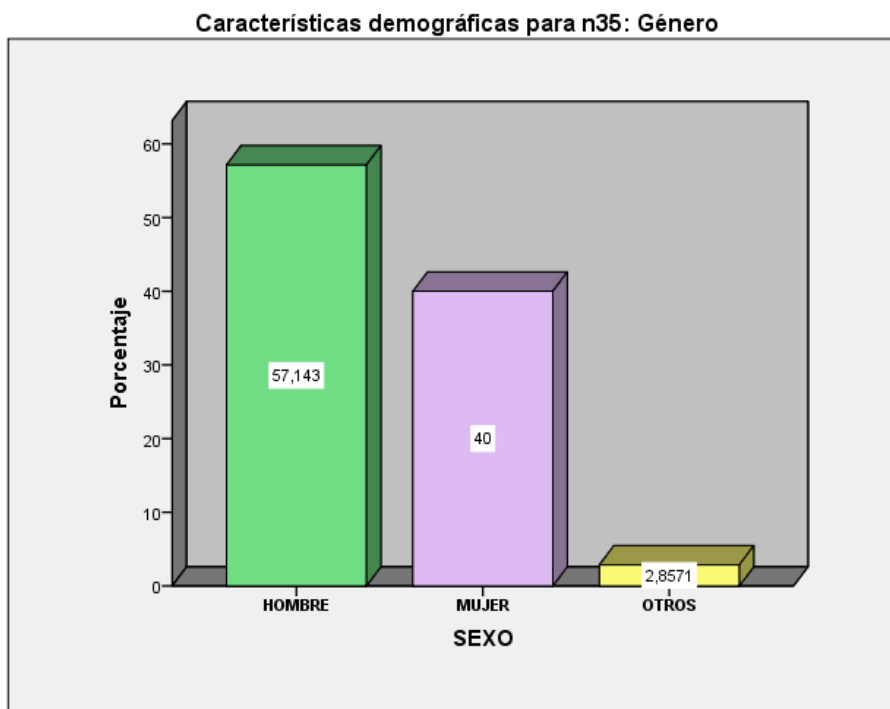
Las características de los participantes del estudio, con un tamaño muestral de $n=35$, se definen por su edad, sexo, estado civil y diagnóstico. A continuación se muestran los resultados a través de representaciones gráficas.

Tabla 1. Edad

ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO DE LA EDAD				
	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	35	18	58	40,14
N válido (según lista)	35			

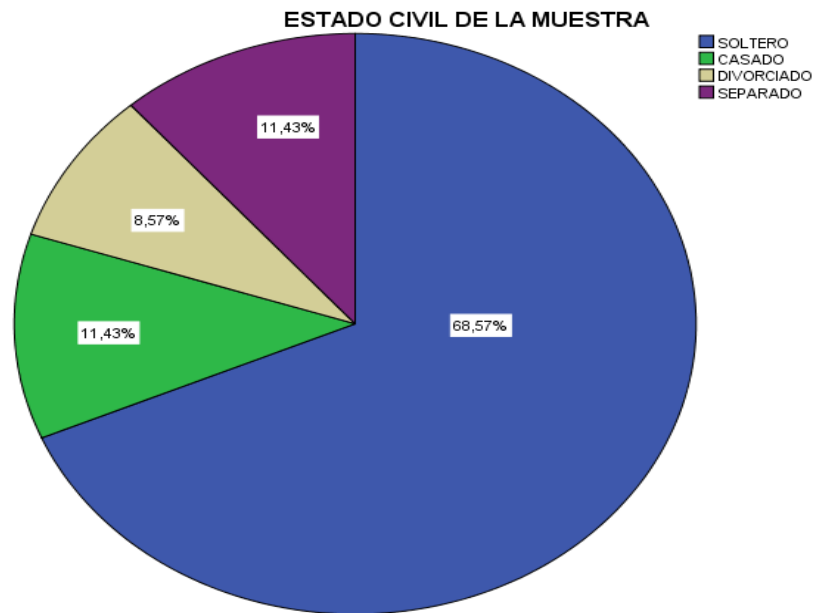
En la tabla 1 se detalla que los usuarios que completaron la encuesta tuvieron edades comprendidas entre 20 y 58 años, con una media de edad de 40,14 (DE=10,730).

Gráfico 1. Género

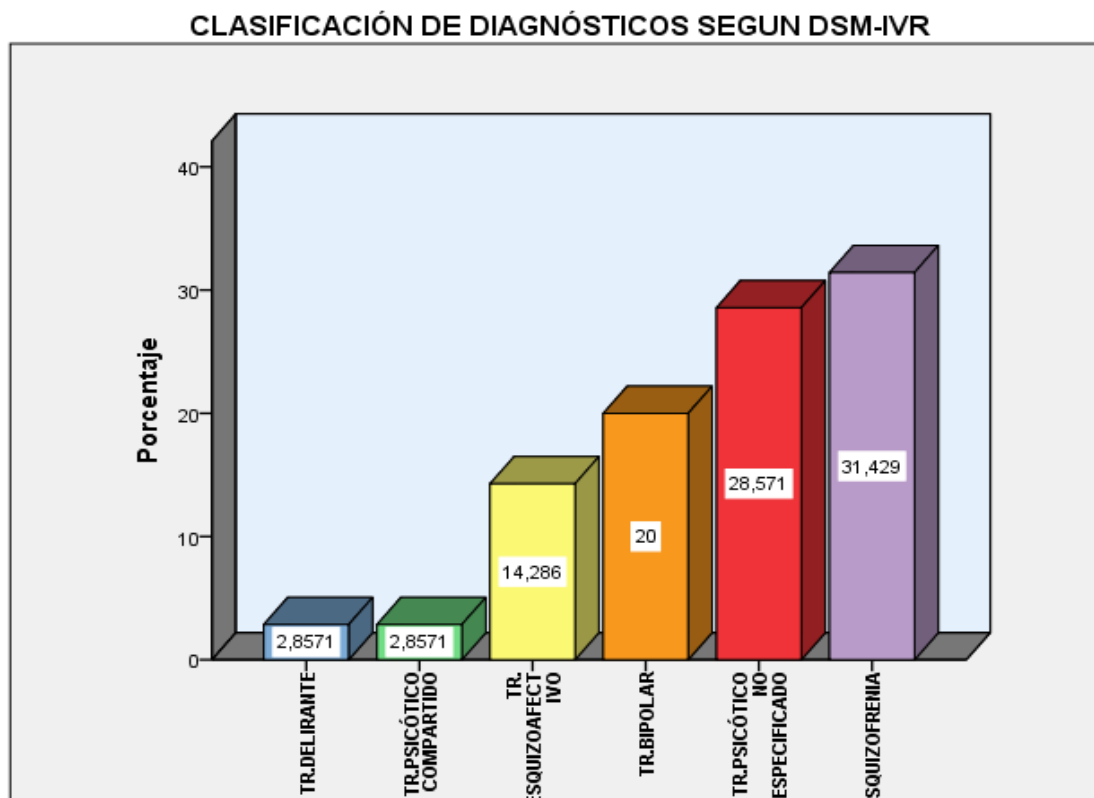


En el gráfico 1 se puede apreciar que del total, los varones ocupaban el 57,143% de la muestra. El parámetro definido como “otros” corresponde a un único caso de síndrome de Klinefelter.

Gráfico 2. Estado civil



En el gráfico 2 se evidencia que los participantes eran con mayor frecuencia solteros (68,57%), que casados o separados, que comparten la misma frecuencia (11,43%), y que divorciados (8,57%).

Gráfico 3. Diagnóstico

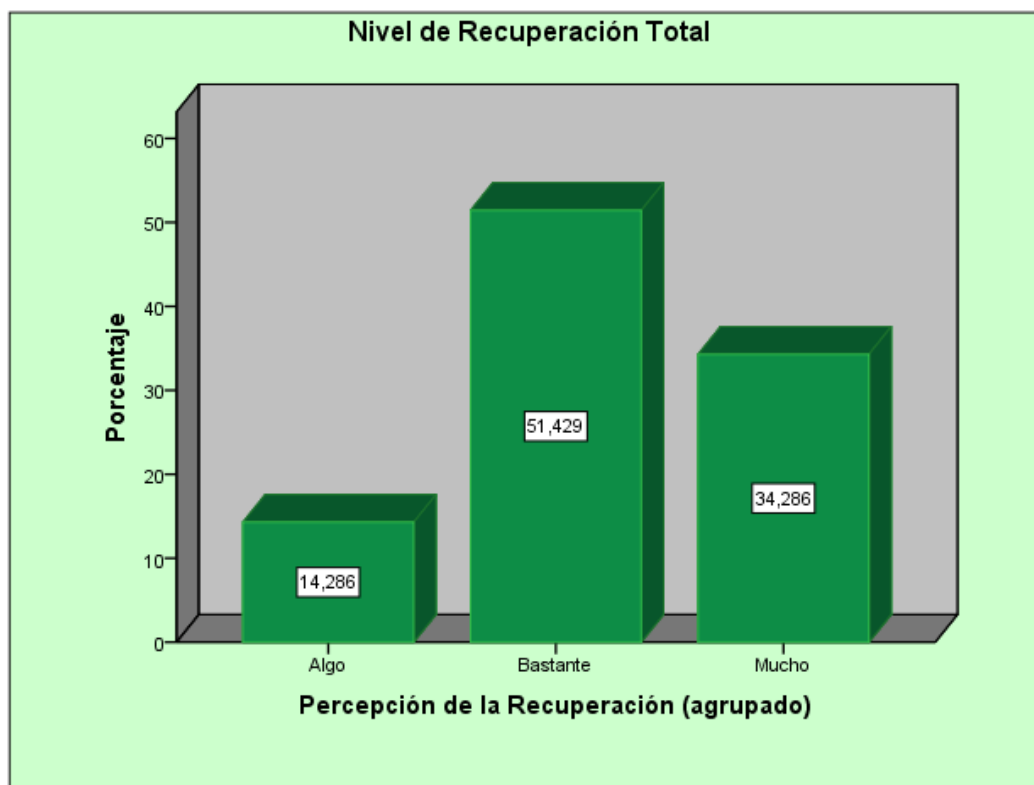
El gráfico 3 muestra la prevalencia de los distintos diagnósticos que estaban incluidos como criterios para la inclusión de los participantes, donde los diagnósticos más prevalentes son “esquizofrenia”(31,429%), “trastorno psicótico no especificado” (28,571%), “trastorno bipolar” (20%) y “trastorno esquizoafectivo” (14,286%).

5.2. DATOS GENERALES: ESCALA DE MARS Y ESCALA DE VERONA

Tanto en la escala de recuperación de Mars y la escala de satisfacción de Verona se analizan los resultados según la escala Likert del 1 al 5. Siendo en el caso de la escala de Mars la percepción en la recuperación de cada usuario: 1=nada en absoluto, 2=un poco, 3= Algo, 4=Bastante y 5=Mucho. Mientras en la escala de Verona, en cada dimensión por la que se compone, el nivel de percepción de satisfacción del usuario se divide en: 1= Muy insatisfecho, 2=Insatisfecho, 3=Ni insatisfecho ni satisfecho, 4=satisfecho, 5=muy satisfecho.

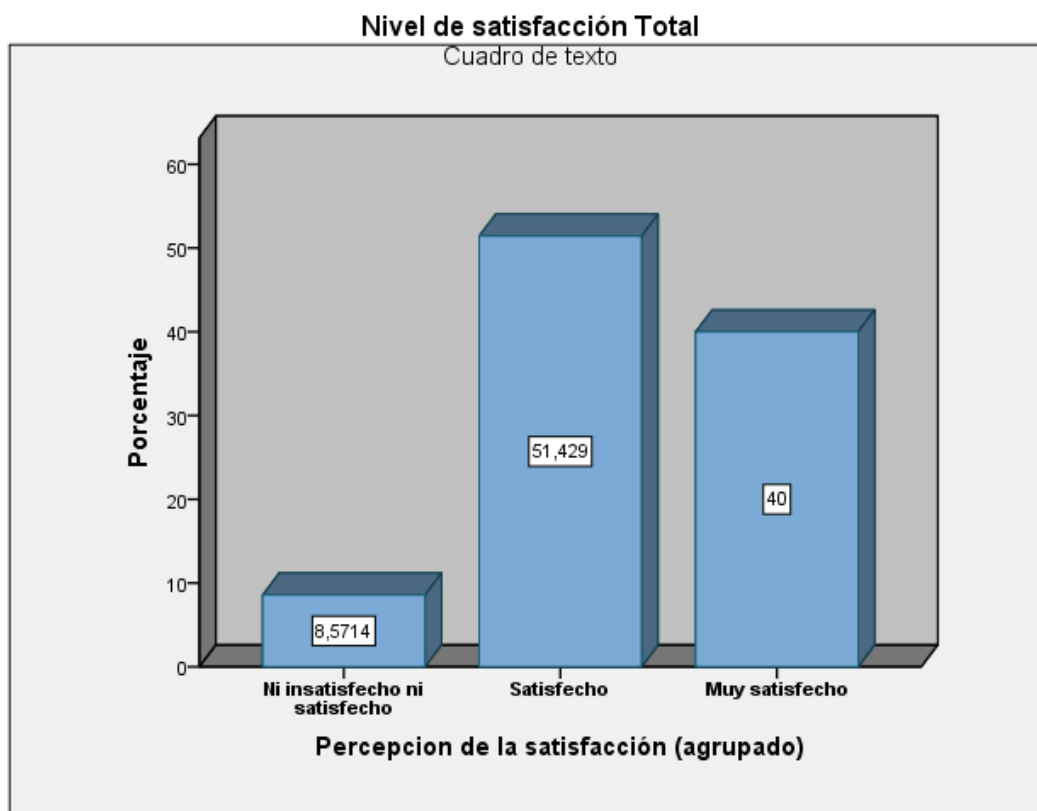
Tras la agrupación visual de los datos y análisis de las frecuencias de ambas percepciones, se representan los resultados en los siguientes gráficos.

Gráfica 4. Nivel de percepción de recuperación subjetiva del total de la muestra



A través del gráfico 4 se puede observar que el nivel de percepción sobre la recuperación de los participantes es en un 51'4% definido como “Bastante”, seguido por un 34% de usuarios que opinan que su percepción subjetiva en el momento del ingreso en una UHP es definido su nivel de recuperación como “Mucho”. En total un 85,4% perciben un buen nivel de recuperación. Por último solo un 14,3% consideran que están “Algo” recuperados en su concepto más amplio. Por tanto es 0% la cantidad de participantes que consideran que su nivel de percepción subjetiva sobre su recuperación es poca o ninguna.

Gráfica 5: Nivel de satisfacción percibida de un servicio de hospitalización psiquiátrica del total de la muestra (n=35)



En el gráfico 5 la satisfacción total de los participantes de la encuesta de Verona se representa por un 51'4% como "Satisfechos", un 40% consideran que están "Muy satisfechos" y por último, un 8'5% opinan que no están ni insatisfechos ni satisfechos. Por tanto un total de 91,4% de participantes expresan sentirse satisfechos con el servicio de hospitalización. Por tanto es 0% la cantidad de usuarios insatisfechos con la unidad de ingreso hospitalario.

5.2.1. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DE VERONA:

Como dato a destacar entre los resultados encontrados tras el análisis individual de cada dimensión perteneciente a la escala de satisfacción VSS-22 son las proporciones que pueden indicar en que aspectos se muestran más o menos satisfechos los participantes de las encuestas.

Por lo que se puede concluir de los resultados, las dimensiones donde los participantes muestran más grado de satisfacción es en lo relativo a las habilidades y competencias de los profesionales (94 %) y la eficacia del servicio (91.4%)

Las dimensiones relacionadas con las satisfacción en general (68,6%), información recibida (68,5%) comodidad del servicio (65,7%) e intervención sobre los efectos 2º (68,6 %) tienen valores inferiores. (ANEXO VII)

5.3. ANÁLISIS DE LAS CORRELACIONES:

Tabla.2

Correlaciones entre Escala de Satisfacción Verona (VSSS-22) y Escala de Recuperación de Mars.

		Percepción Recuperación	Percepcion Satisfacción
Percepción Recuperación	Correlación de Pearson	1	,223
	Sig. (bilateral)		,199
	N	35	35
Percepcion Satisfacción	Correlación de Pearson	,223	1
	Sig. (bilateral)	,199	
	N	35	35

Como se puede observar en la tabla 2, la significancia bilateral es mayor a 0.05 (0.199), entonces dichas variables de Satisfacción y Recuperación no están relacionadas entre sí.

Para un análisis más exhaustivo de la relación entre ambos constructos se lleva a cabo el análisis de cada dimensión de la escala de Satisfacción (VSS-22) y se correlacionan con el nivel de recuperación percibido por los participantes.

El resultado, al igual que en el análisis previo, es nula la correlación existente entre la escala de Mars y las dimensiones de: (1) satisfacción en general, (2) habilidades y competencias profesionales, (3) la información recibida por los usuarios, (4) la comodidad en la unidad de ingreso, (5) la eficacia del servicio y (6) la intervención en relación a los efectos secundarios de la medicación. (ANEXO VIII)

Para el análisis de la correlación total VSSS-20 y por dimensiones se toma como referencia el estudio publicado en 2005 por Trujols y Perez de los Cobos. sobre la satisfacción con tratamiento de mantenimiento de metadona.

6. DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura revisada, se trata del primer estudio donde se adapta la escala de satisfacción de Verona a un servicio de hospitalización psiquiátrico para tratar de correlacionarlo con la percepción de los usuarios en cuanto a su recuperación en más amplio concepto, siendo también el primer estudio en el país que se realiza con este objetivo.

Como se puede apreciar en los resultados expuestos, con este trabajo no se ha podido demostrar que exista una correlación estadísticamente significativa entre la percepción de la recuperación y la satisfacción del usuario. No pudiendo demostrar las asociaciones que hacen autores como Ware y Davies (1983).

Hay autores como Atral. J. et. al (1997) que afirma que la falta de variabilidad de resultados que en este estudio observamos, se ha considerado como un problema para correlacionar la satisfacción con otras variables, como es la recuperación. Y menciona que la mayoría de las investigaciones realizadas con encuestas de satisfacción, hasta un 75%, obtienen cifras altas con independencia de la metodología o la población.

Ruggieri (1994) considera que para evitar problemas metodológicos que relaciona con la falta de variabilidad deben de ofrecerse respuestas no dicotómicas y preservar el anonimato, pero ambas condiciones están incluidas en el estudio que aquí se expone.

Esta ausencia de correlación podría sugerir que se trata de dos constructos independientes entre sí, aunque relacionados y complementarios a la hora de establecer indicadores de resultados en lo que respecta a rehabilitación psicosocial.

Los resultados analizados por separado muestran elevados niveles de puntuación en lo que respecta a los dos constructos. Es decir, en cuanto el nivel de recuperación percibida la mayoría, un 85,7%, definen como elevada su percepción de recuperación y por tanto se supone que poseen un elevado sentimiento de bienestar, esperanza, elevada percepción de la relación de ayuda, de la calidad y de la cualificación profesional. (Shepherd, et al., 2008, Warner, 2010 y Bellack & Drapalski, 2012).

En cuanto al resultado de satisfacción total, con ningún usuario insatisfecho, cabe destacar que, en cambio, en la puntuación de la dimensión “satisfacción en general”, se hace visible que aunque pocos, un 2.8% de usuarios se muestran insatisfechos con el servicio de hospitalización. Por lo que estas diferencias pueden deberse al tamaño muestral, que puede no representar estas minorías insatisfechas.

El resto del análisis categórico mostró claramente que muchos más usuarios se sintieron satisfechos que insatisfechos. La satisfacción total se ve principalmente influida por las elevadas puntuaciones en lo relativo a las habilidades y competencias de los profesionales y la eficacia del servicio. Esto sugiere que las dimensiones relativas a la información recibida, la comodidad del servicio y las intervenciones sobre los efectos secundarios suscitan opiniones más divergentes entre los usuarios que las dimensiones

relacionadas con los profesionales y la eficacia. Estas dimensiones además serían susceptibles de mejora, según los resultados obtenidos, pudiendo aumentar hasta en un 30 % más.

En contra a lo afirmado por Fernández-Carbonell et al. (2012), en su estudio sobre la satisfacción de pacientes en una unidad de hospitalización donde relaciona los resultados con las etiquetas diagnósticas, la mayoría de la muestra se compone, con más de un 60%, de usuarios diagnosticados de esquizofrenia paranoide y otras psicosis, no existiendo relación con un menor nivel de satisfacción ni de recuperación percibida.

Con respecto a aceptabilidad del estudio por parte de los participantes, Atril. J. et. al (1997) afirma que los usuarios pueden tener dificultad para acoger bien las encuestas por bajos niveles educacionales, baja comprensión o dificultades derivadas de su sintomatología. Ello ha hecho que se plantee la necesidad de modificar ciertas expresiones de la encuesta de Verona adaptada a VSSS-22, aun lenguaje más coloquial. Pero por otro lado, la administración autoadministrada no permite confirmar si todas las expresiones han sido correctamente comprendidas, lo que puede llevar a sesgos.

Es decir, los participantes ingresados en la UHP pueden declararse satisfechos sin un conocimiento claro de las alternativas disponibles o bien que el usuario se sienta, como dice Sartorius, Sanz y Pérez en su estudio de 2006, como sujeto pasivo (que recibe los cuidados decididos por un profesional).

Además el resultado puede estar influido por la voluntariedad del servicio que se presta, por tanto hay que tener en cuenta que paciente ingresados en contra de su voluntad pueden estar influido por otros factores, como sería tener aun cierta aprehensión a expresar sus críticas por miedo a la retaliación (Remnik et al. 2004)

Algunos autores como (LeVois, Nguyen & Attkison, 1981) llaman a esta causa el “sesgo del propio interés” por el que los usuarios tenderían a emitir juicios positivos hacia los servicios recibidos, por miedo a que las críticas interfieran.

Por otro lado otros factores que según Sheppard (1993) pueden influir en la variabilidad de los resultados de las escalas son que el mero hecho de preguntarles sobre su satisfacción, que puede generar valoraciones de tipo favorable o que las opiniones pueden depender únicamente del momento, cambiando fácilmente según la situación.

Para poder analizar estas limitaciones con capacidad de extrapolación de los resultados a la población, se propone en futuros estudios, por un lado aumentar el tamaño muestral a más de 35 participantes, llevar acabo la validación de ambos cuestionarios, asegurar la fiabilidad de las respuestas tratando de recoger los resultados en dos ocasiones en distintos momentos a cada participante y adaptar más aún los cuestionarios en cuanto a brevedad y comprensividad, realizando previamente un pilotaje.

7. CONCLUSIÓN

La nula significancia de los resultados estadísticos debida a la escasa proporción de varianza del nivel de percepción del constructo de recuperación y de satisfacción, indica que dicho estudio no es útil para confirmar la relación entre la recuperación y la satisfacción de los usuarios.

Probablemente hayan influido las limitaciones expuestas anteriormente, relacionadas con las características de los auto-informes, como la complejidad o la extensión de las escalas, la complejidad del ámbito de estudio, las características de los propios participantes, la forma de acceder al servicio, el tamaño muestral o el “sesgo del propio interés”.

Una propuesta para conocer de forma más fiable y analizar ambos constructos a través de un estudio cualitativo, es con la utilización de preguntas abiertas que traten sus experiencias y su auto-concepto relacionado con la recuperación, desde un punto de vista más generalizado, pudiéndose emplear entrevistas en profundidad o grupos focales. De esta forma se salvarían muchas de las limitaciones que se presentan en este estudio.

El conocimiento en profundidad de estas percepciones de recuperación y satisfacción sobre el tratamiento recibido son imprescindibles para empoderar al usuario con una enfermedad mental y poder orientar los servicios de salud dentro del modelo social y no tradicional, planteándose como objetivos la reducción del estigma, mejorar los resultados de la enfermedad y por tanto influyendo positivamente en la recuperación de cada uno.

A nivel particular, a pesar de no haber obtenido resultados de relación significativa entre los constructos, se puede reflexionar, obviando las limitaciones del estudio, sobre el ámbito donde se ha llevado a cabo. Se podría considerar que el enfoque de la práctica clínica dentro de las UHPs está encaminado dentro del modelo social y de recuperación, ya que la satisfacción con respecto a los profesionales y eficacia del servicio es muy elevada. Este estudio por otro lado ha permitido introducir dentro del día a día los conceptos de satisfacción y recuperación, invitando a la propia reflexión de los profesionales y usuarios ingresados, no siendo esto una pequeña aportación dentro de la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artal J., Vazquez-Barquero J.L., Rodríguez-Pulido F., Gaite L., Garcia E., Ramírez N., Ruggeri N. (1997) Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud mental: la escala de Verona (VSSS-54). *Archivos de neurobiología* 01/60(2):185-200.
2. Bellack, A., y Drapalski, A. (2012). Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry*, 11(3), 156–160.
3. Berghofer, G., Lang, A., Henkel, H., Schmidt, F., Rudas, S. y Schmitz, M. (2001). Satisfaction of Inpatients with staff, environment and other patients. *Psychiatric Services*, 52, 104-106.
4. Department of Health (2007) Commissioning framework for health and well-being. Department of Health: London. Recuperado de: www.dh.gov.uk/en/index.htm.
5. Fernández-Carbonell, M., Dasí, C., García-Merita, M., Fuentes, I.(2012) Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales de Psicología*, 28, (2), 378-386 Universidad de Murcia.
6. Gaite L, Ramírez N, Herrera S, Vázquez-Barquero JL.(1997) Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Arch Neurobiol*;60:91-111.
7. Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'Ren, R., Schwärzler, F. y Eschweiler, G.W. (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: The patients'view. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 213-221.
8. Remnik Y., Melamed Y., Swartz M., Elizur A., y Barak Y. (2004) Patients' Satisfaction with Psychiatric Inpatient Care, Isr. *J.Psychiatry Relat. Sci.*, 41 (3). 208-12.

9. Repper, J., y Perkins, R. (2003) *Social Inclusion and Recovery*. London: Balliere Tindall. London. Recuperado de <http://media.axon.es/pdf/82706.pdf>
10. Ruggeri, M. (1994) Patients and relatives satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 29; 212-27
11. Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall'agnola, R., Tansella, M., Van wijngaarden, B. O. B., Knudsen, H. y Gaite, L. (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona service satisfaction scale-European version. *The British Journal of Psychiatry*, 177(39), s41-s48.
12. Sartorius N., Sanz J., y Pérez R., (2006) Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 26, 98, 289-301, ISSN 0211-5735.
13. Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008) *Making recovery a reality*, Sainsbury Centre for Mental Health, London. [Traducción castellano. Recuperado de: [http://www.1decada4.es/profsalud/documentos/Implementando Metodologia Recuperacion_2010.pdf](http://www.1decada4.es/profsalud/documentos/Implementando_Metodologia_Recuperacion_2010.pdf)
14. Sheppard M. (1993) Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *J Adv Nurs*; 18:246-59.
15. Trujols J, Pérez de los Cobos J. (2005) La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones*; 17: 281-75
16. Vázquez-Barquero JL., Gaite L. (1997). La adaptación al medio español de instrumentos de evaluación en salud mental. *Arch Neurobiol*. 60:87-9.
17. Ware. J., Davies A., (1983) Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Eval Program Plann*;6:291-8

18. Warner, R. (2010) Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist* Jan, 34, (1) 3-5.
19. Weistein, R., (1981) Attitudes Toward Psychiatric Treatment among Hospitalized Patients: a Review of Quantitative Research, *Social Science and Medicine*, 15, 301-314.

8. ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (UHP) EN SU RECUPERACIÓN.

D./D^a _____

Con DNI nº _____ manifiesto que ha sido informado/a por el Equipo Especialista en Salud Mental y consiento voluntariamente la utilización de mis datos clínicos recogidos en las encuestas que se empleen en el estudio de investigación.

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable, en caso de no aceptar la participación.
- La información en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee.

Recibo copia del impreso de consentimiento informado y acepto participar en este estudio de investigación.

Cartagena a _____ de _____ de _____

Firma del participante

Firma del investigador.

Revocación de mi consentimiento para la utilización de mis datos clínicos recogidos en la entrevista con fines de investigación.

Cartagena a _____ de _____ de _____

Firma del participante

Firma del investigador.

T.Buendía Escudero

Master en rehabilitación psicosocial .UJI

ANEXO II: SOLICITUD A LA COMISIÓN INVESTIGADORA DEL CENTRO HOSPITALARIO.

Servicio Murciano de Salud **CIA** Comisión de Investigación Área de Salud 2

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN Nº Reg.

1. DATOS ADMINISTRATIVOS

1.1. Investigador/a

N.I.F.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
23057873 M	Buendía	Escudero	Tamara
Tlf. Móvil	Tlf. trabajo / Ext.	Correo electrónico	
627613502	968081171	Tabu-es@hotmail.com	

Relación laboral con Área II (Señalar con una X)

Fijo	Interino	Eventual	Formación	Ninguna *
		<input checked="" type="checkbox"/>		

Categ. Prof.	Centro trabajo	Servicio/Unidad
DUE	HSL	U-52

1.2. Tutor /Director Tesis:

N.I.F.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
	Ruiperez	Rodriguez	León Angeles
Teléfono particular / Móvil		Correo electrónico	
607861934		ruiperez@uji.es	

2. DATOS DEL ESTUDIO

Nombre / Título del estudio

2.1 Finalidad de Estudio

Tesis Doctoral	
Trab. Fin de Master	<input checked="" type="checkbox"/>
Trab. Fin de Grado	
Otros (especificar)	

2.2 Tipo de Estudio

Experimental	
Observacional	

2.3 DATOS METODOLÓGICOS

Ámbito de población del estudio:

Profesional	Paciente
	<input checked="" type="checkbox"/>

Fuente de Información:

Historia Clínica	Base Datos	Muestras Biológicas	Cuestionario/encuesta

2.4 Duración/ Período del estudio: 3 meses

Fdo. En Cartagena, a 02 de Sept. de 2015

* (para el acceso/consulta de bases de datos es obligatoria la supervisión por parte de personal autorizado)

A/A Secretaría Comisión de Investigación Área II
hgsulinvestigacion@gmail.com

ACEPTACIÓN Y SUPERVISION DEL JEFE SERVICIO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

D./D^a Jose Manuel Peñalva Reñado

Como Jefe/a del Servicio / Coordinador Centro de Salud U-52

Declaro:

A) Que **conozco** cuanta documentación da base al trabajo de investigación por D. Tamara Buendía Escudero.

B) Que autorizo la realización de este trabajo en el Servicio/Unidad que dirijo

C) Que **me comprometo** a (tachar lo que no proceda) ~~supervisar~~ / **delego**

D./D^a MIRIAM SANZ VILLAS el acceso a la información de pacientes que se utilizará durante su elaboración.

En Catagena, a 3 de Julio 2015

Fdo: (Jefe Sº) Jose Manuel Peñalva Reñado Fdo. (Supervisor del estudio si procede)

El solicitante declara que como investigador del trabajo de investigación referenciado en esta solicitud mantendrá confidenciales todos los archivos: datos que identifiquen a los sujetos del estudio. Así mismo, se comprometo utilizar los datos obtenidos en el desarrollo de este estudio única exclusivamente en la medida en que resulten necesarios para el desarrollo del mismo.

En Catagena, a 09 de Septiembre 2015

Fdo:

Acompaña a esta solicitud:

<input checked="" type="checkbox"/>	Protocolo del estudio
<input checked="" type="checkbox"/>	Hoja de consentimiento informado (si procede)
<input checked="" type="checkbox"/>	Hoja de recogida de datos.
<input type="checkbox"/>	otros

**** Tras revisar la documentación presentada, la Comisión podrá solicitar cualquier información que considere necesaria para su aprobación.**

ANEXO III: Cuestionario de datos Sociodemográficos y datos Clínicos.

1

Código de disociación de datos del Usuario:

Nombre del Investigador:

Fecha de la evaluación:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A) Fecha de Nacimiento (DD-MM-AA):

B) Género:

- 1 – Hombre
- 2 – Mujer
- 3 – Otro

C) Años de Estudios Completados:

D) Estado Civil:

- 1 – Soltero/a
- 2 – Casado/a
- 3 – Divorciado/a
- 4 – Separado/a
- 5 – Viudo/a
- 6 – Otro

DATOS CLÍNICOS

E) Año de inicio del tratamiento de la enfermedad mental:

F) Diagnóstico DSM-IV (confirmado mediante SCID-I):

- 1 - Esquizofrenia (F20)
- 2 - Trastorno delirante (F22)
- 3 - Trastorno psicótico compartido (F24)
- 4 - Trastorno esquizoafectivo (F25)
- 5 - Trastorno psicótico no especificado (F29)
- 5 - Trastorno bipolar I (F31)
- 6 - Trastorno depresivo mayor, episodio
único o recidivante, grave con
síntomas psicóticos (F32.3, F33.3)

G) Número de hospitalizaciones por causa psiquiátrica:

H) Días estimados de ingreso en hospital psiquiátrico:

I) Tipo de dispositivo en el que se haya llevado a cabo
predominantemente la intervención terapéutica de rehabilitación:

- 1 - Hospitalario
- 2 - Comunitario
- 3 - Otro

ANEXO IV: Evaluación de Maryland de la recuperación de personas con Enfermedades Mentales Graves “Escala de MARS.

VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA MARS

Esta escala contiene una lista de afirmaciones sobre sus actitudes y creencias referidas a su salud y bienestar. No hay respuestas correctas o incorrectas; solamente queremos conocer lo que usted piensa sobre estas cosas. Lea cada afirmación y decida cuánto está de acuerdo con ella, desde nada en absoluto hasta mucho.

1. Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

2. Tengo aptitudes que pueden ayudarme a alcanzar mis objetivos.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

3. Creo que es posible mejorar.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

4. Cuando tengo una recaída, estoy seguro de que puedo volver a encarrilarme.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

5. Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

6. Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

Versión exclusiva para su uso en investigación.

7. Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

8. Puedo tener una vida plena y satisfactoria.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

9. Me corresponde a mí marcarme mis propias metas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

10. Creo que tomo buenas decisiones en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

11. Soy responsable de hacer cambios en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

12. Me siento bien conmigo mismo aunque otros me menosprecien por mi enfermedad.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

13. Estoy seguro de que puedo hacer cambios positivos en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

14. Soy responsable de cuidar mi salud física.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

Versión exclusiva para su uso en investigación.

15. Trabajo duro para encontrar las maneras de afrontar los problemas en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bestante	Mucho

16. Creo que soy una persona fuerte.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bestante	Mucho

17. Estoy esperanzado sobre el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bestante	Mucho

18. Me siento querido.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bestante	Mucho

19. Suelo saber qué es lo mejor para mí.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bestante	Mucho

20. Sé que puedo hacer cambios en mi vida aunque tenga una enfermedad mental.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bestante	Mucho

21. Soy capaz de establecer mis propias metas en la vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bestante	Mucho

22. Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bestante	Mucho

Versión exclusiva para su uso en investigación.

ANEXO V: Evaluación de la Escala de Verona para la valoración de la satisfacción con el servicio de psiquiatría” VSSS-22. ”

ADAPTACIÓN ESCALA DE VERONA: “UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA”

**MÁSTER REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD JAUME I**

Verona Service Satisfaction Scale VSSS-22 adaptada desde VSSS-54 ^{1 2}

1. M. Ruggeri & R. Dall'Agnola (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523. Los ítems 1 a 21 y 23, 29 y 39, así como las dos preguntas abiertas, han sido traducidas o modificadas, con el permiso de los autores, del Service Satisfaction Scale-30 o instrumentos derivados (T.K. Greenfield & Attkisson, 1989. Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 12, 271-278).

2. Versión española realizada en la UIPCS (Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social) Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” (Santander) y Unidad de Investigación en Psiquiatría Social Comunitaria de la Facultad de Medicina

Escala de Verona para Valoración de la Satisfacción con el Servicio de Psiquiatría

Usuarios de la Unidad de Psiquiatría

Las preguntas de este cuestionario tienen como finalidad conocer su experiencia con el servicio de Salud Mental durante el último año

Es muy importante que sus respuestas sean **sinceras**; exprese libremente y sin temor su opinión, **sea cual sea**. Estamos especialmente interesados en conocer **sus críticas** y **cuáles han sido los aspectos negativos** de su experiencia con el Servicio.

Todas sus respuestas serán tratadas con **la máxima discreción**. Nadie conocerá las opiniones que haya expresado en este cuestionario, incluidos sus familiares y el personal de la Unidad.

Por favor, pídanos ayuda si alguna pregunta no le resulta clara o si encuentra algún problema al contestar el cuestionario. Lea atentamente las preguntas y tómese el tiempo necesario para responder.

¡Recuerde que es muy importante que las respuestas reflejen su verdadera opinión!

En las siguientes páginas le preguntamos sobre sus experiencias durante el ingreso en la unidad de psiquiatría

de la Universidad de La Laguna (Tenerife).

3. Contactar con: Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Avda. Valdecilla s/n. 39008 Santander. España; o con Dr. ssa. Mirella Ruggieri, Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico – 37134 Verona – Tel.: (045) 8074441; Fax: (045) 585871.

Por favor, marque la respuesta que mejor describa su impresión general sobre diferentes aspectos al utilizar los servicios de salud mental durante el último año. Las respuestas posibles serán las siguientes:

1. Malísima
2. Generalmente insatisfactoria
3. Ni buena ni mala
4. Generalmente satisfactoria
5. Excelente

1. La eficacia del Servicio en ayudarle a afrontar sus problemas?

1. Malísima 2. Generalment
e
insatisfactori
a 3. Ni buena ni
mala 4. Generalment
e
satisfactoria 5. Excelente

2. La competencia y la profesionalidad de los psiquiatras?

1. Malísima 2. Generalment
e
insatisfactori
a 3. Ni buena ni
mala 4. Generalment
e
satisfactoria 5. Excelente

3. El aspecto, la distribución y funcionalidad de los distintos lugares del Servicio (por ejemplo, la salas comunes, sala de terapia,...)?

5. Excelente 4. Generalmente
satisfactoria 3. Ni buena ni
mala 2. Generalmente
insatisfactoria 1 Malísima

4. La capacidad para escucharle y comprender sus problemas de su psiquiatra?

1. Malísima 2. Generalment
e
insatisfactori
a 3. Ni buena ni
mala 4. Generalment
e
satisfactoria 5. Excelente

5. El comportamiento y el trato personal recibido de los psiquiatras?

5. Excelente 4. Generalmente
satisfactoria 3. Ni buena ni
mala 2. Generalmente
insatisfactoria 1 Malísima

6. La eficacia del servicio para ayudarle a encontrarse bien y prevenir sus recaídas?

1. Malísima 2. Generalment
e
insatisfactori
a 3. Ni buena ni
mala 4. Generalment
e
satisfactoria 5. Excelente

7. La confidencialidad y el respeto a sus derechos como individuo?

5. Excelente 4. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 2. Generalmente insatisfactoria 1 Malísima

8. Las explicaciones que le han dado a usted, acerca de los tratamientos y pruebas utilizadas?

5. Excelente 4. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 2. Generalmente insatisfactoria 1 Malísima

9. La eficacia del servicio de salud mental en ayudarle a obtener una mejoría de sus síntomas?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

10. La capacidad de los psiquiatras para colaborar con su médico de familia o con otros especialistas, cuando es necesario?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

11. La capacidad de colaboración entre los profesionales del servicio (si usted ha sido tratado por más de un profesional, por ejemplo, por más de un médico, enfermera, trabajador social, etc.)?

5. Excelente 4. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 2. Generalmente insatisfactoria 1 Malísima

12. En general, de todos los servicios que usted ha recibido?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

13. La competencia y la profesionalidad de las enfermeras?

5. Excelente 4. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 2. Generalmente insatisfactoria 1. Malísima

14. La eficacia del servicio en ayudarle a mejorar el conocimiento y comprensión de sus problemas?

5. Excelente 4. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 2. Generalmente insatisfactoria 1. Malísima

15. El comportamiento y la manera de tratarle del personal de enfermería?

1. Malísima 2. Generalment
e
insatisfactori
a 3. Ni buena ni mala 4. Generalment
e
satisfactoria 5. Excelente

16. El conocimiento por parte del personal de enfermería de su enfermedades actuales y pasadas?

5. Excelente 4. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 2. Generalmente insatisfactoria 1. Malísima

17. La información que recibió sobre el diagnóstico y la posible evolución de su enfermedad?

1. Malísima 2. Generalment
e
insatisfactori
a 3. Ni buena ni mala 4. Generalment
e
satisfactoria 5. Excelente

18. La eficacia del servicio para ayudarle a mejorar su capacidad de cuidarse sí mismo (por ejemplo, la higiene personal, su alimentación, su alojamiento, etc.)?

5. Excelente 4. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 2. Generalmente insatisfactoria 1. Malísima

19. La capacidad para escuchar y comprender sus problemas del personal de enfermería?

- | | | | | |
|-------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|--------------|
| 1. Malísima | 2. Generalmente | 3. Ni buena ni mala | 4. Generalmente satisfactoria | 5. Excelente |
| | <u>insatisfactoria</u> | | | |

20. La ayuda que usted ha recibido en el caso de presentar efectos secundarios y molestos de los medicamentos?

- | | | | | |
|-------------|--|---------------------|-------------------------------|--------------|
| 1. Malísima | 2. Generalmente <u>insatisfactoria</u> | 3. Ni buena ni mala | 4. Generalmente satisfactoria | 5. Excelente |
|-------------|--|---------------------|-------------------------------|--------------|

21. Le prescribieron medicamentos en el último año?

SI . (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):

¿Cuál es su impresión general sobre los medicamentos que le han sido prescritos?

- 5. Excelente
- 4. Generalmente satisfactoria
- 3. Ni buena ni mala
- 2. Generalmente insatisfactoria
- 1. Malísima

NO .(si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):

¿Hubiese deseado que le prescribieran fármacos?

6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

22. En el último año ha estado ingresado en un centro psiquiátrico en contra de su voluntad?

SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):

¿Cuál es su impresión general sobre haber sido ingresado contra su voluntad?

- 5. Excelente
- 4. Generalmente satisfactoria
- 3. Ni buena ni mala
- 2. Generalmente insatisfactoria
- 1. Malísima

NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):

¿Hubiese deseado ser ingresado en contra de su voluntad?

6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

ANEXO VI. Adaptación de VSSS-54 para su aplicación en una Unidad de agudos de psiquiatría (UHP) de estancia breve.

Criterios para la adaptación:

-Brevedad y simplicidad de la encuesta: Se trata de pacientes en fase de descompensación de la enfermedad y con tratamiento sometido a ajuste, encontrándose muchos de ellos bajos lo efectos de la sedación.

-Idoneidad de las preguntas: Hay aspectos relacionados con la puntualidad, costes, accesibilidad al servicio, etc que no son valorables durante el ingreso por la inexistencia o por el no abordaje de dichos aspectos en una UHP.

-Lenguaje coloquial: se modifican ciertos términos del instrumento en el sentido de utilizar un lenguaje más comprensible para los usuarios ingresado.

-Multidimensionalidad: a pesar de suprimir la dimensión relacionada con la implicación familiar, preservamos la heterogeneidad del instrumento. Por tanto de una forma más breve preserva una estructura factorial fácilmente interpretable.

Como limitación a destacar:

Es preciso destacar la necesidad de evaluar la consistencia interna tras la modificación de la escala, por lo que se sugiere llevarlo a cabo en estudios posteriores que confirmen la robustez de las propiedades psicométricas.

Tabla 1: ITEMS PERTENECIENTES A CADA UNA DE LAS ÁREAS DE LAS DIMENSIONES DE LA VSSS-22 TRAS ADPTACIÓN DE LA VERSIÓN VSS-56

DIMENSIÓN	ITEMS NÚMERO	ITEMS SUPRIMIDOS	PREGUNTA S TIPO
SATISFACCIÓN GLOBAL	21	11,20	¿...de todos los servicios ofertados?
COMPORTAMIENTO Y HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES	3,5,10,17,18,22,25,28,37,40	2,6,7,16,33,35	¿...la competencia y profesionalidad de..?
INFORMACIÓN	12,29	19	¿...la información que recibió sobre...?
ACCESIBILIDAD/COMODIDAD	4	8	¿...el aspecto y distribución del servicio?
EFICACIA	1,9,13,24,34	26,31,38	¿...la eficacia para afrontar sus problemas?
TIPOS DE INTERVENCIÓN	39, (41) (44)	14,15,42,43,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54	¿...la ayuda frente a los efectos secundarios..?
IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA	0	23,27,30,32,36	

2. Dimensiones evaluadas según la escala de Verona (VSSS-22) adaptada para UHP (con numeración de la encuesta modificada con respecto a la escala original).

1. Satisfacción en general: **12**
2. Comportamiento y HHSS profesionales: **2, 4,5, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 19.**
3. Información: **8, 17.**
4. Comodidad: **3**
5. Eficacia: **1, 6, 9, 14, 18.**
6. Intervención s: **20, (21 y 22)**

ANEXO VII. Análisis de las dimensiones de la escala de Satisfacción (VSS-22) a través del estadístico de la media y representación gráfica de las frecuencias relativas

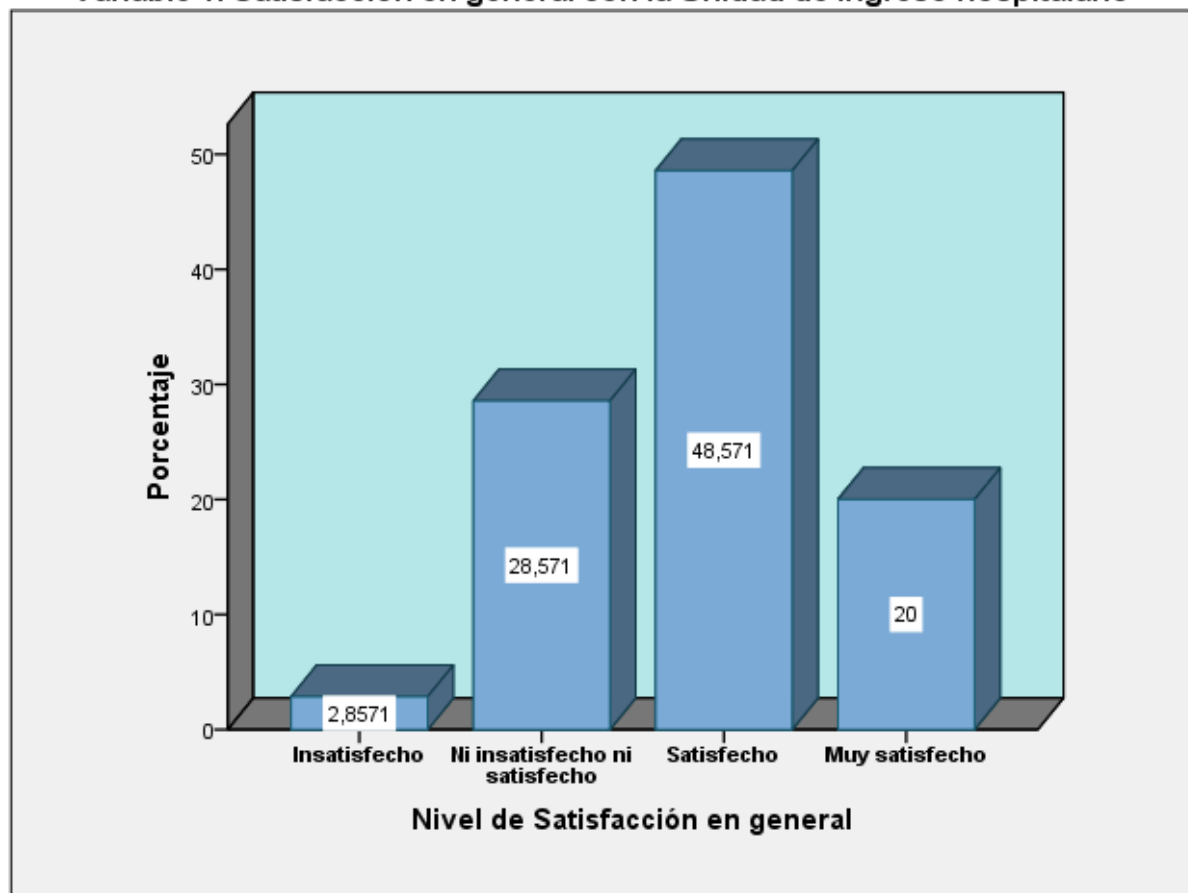
1. Tabla y gráfico de la dimensión: satisfacción en general.

Estadísticos

VSatisfacciónEngeneral

N	Válidos	35
	Perdidos	36
Media		3,8571

Variable 1. Satisfacción en general con la Unidad de ingreso hospitalario



→El nivel de Satisfacción en general se puntúa con un 68,6% entre satisfechos y muy satisfechos. Y un 2,8 % que aparecen como insatisfechos.

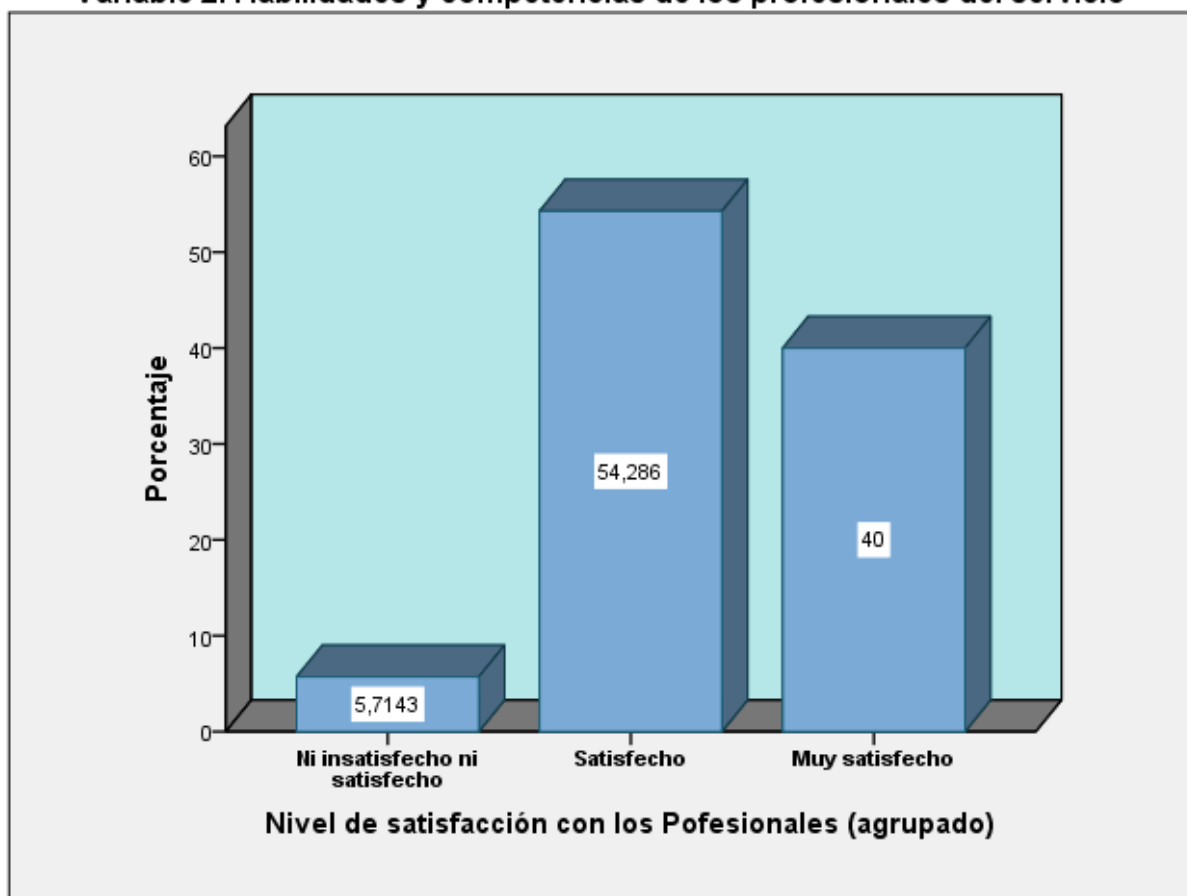
2. Tabla y gráfico de la dimensión: habilidades y competencias profesionales.

Estadísticos

VPofesionales (agrupado)

N	Válidos	35
	Perdidos	36
Media		4,34
Desv. típ.		,591

Variable 2. Habilidades y competencias de los profesionales del servicio



→El nivel de satisfacción con las habilidades y competencias profesionales se puntúa con un 94,3% entre satisfechos y muy satisfechos. Y un 0% de insatisfechos.

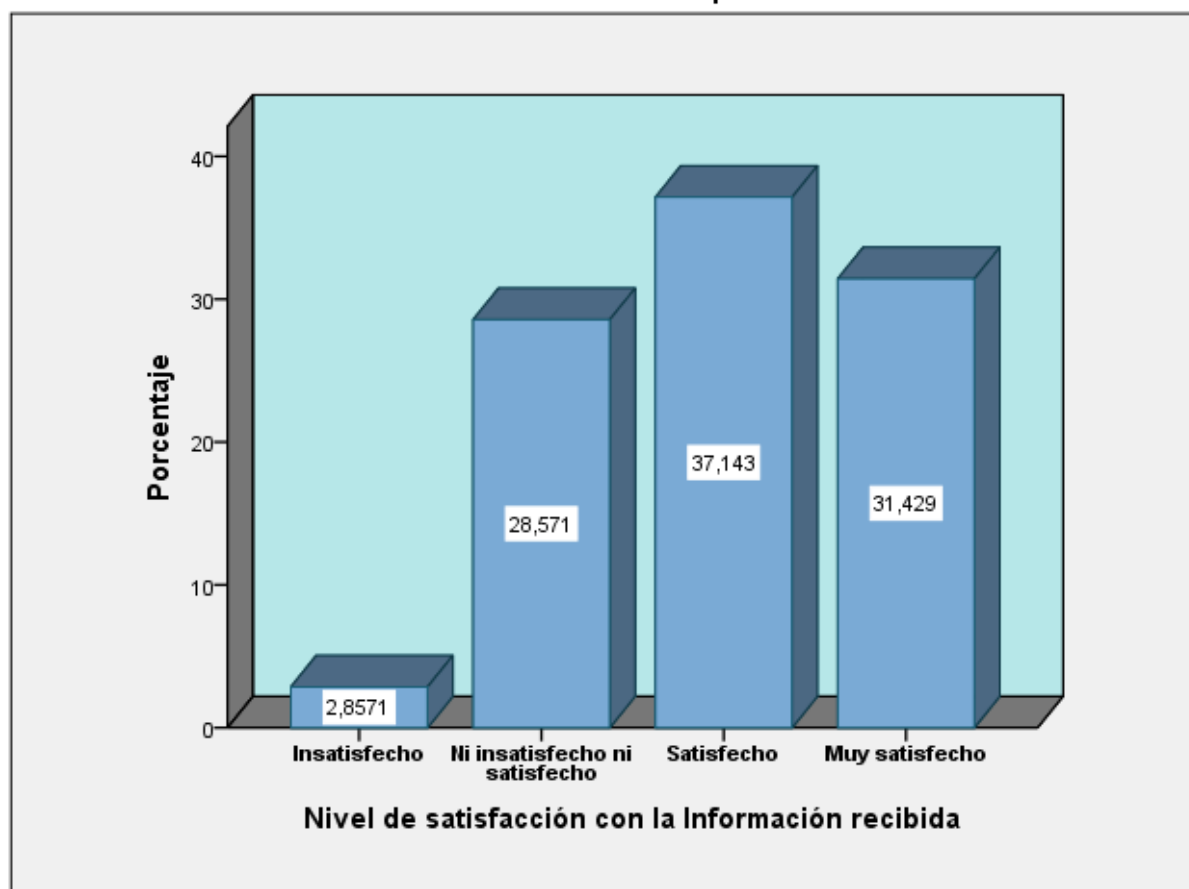
3. Tabla y gráfico de la dimensión: la información recibida por los usuarios

Estadísticos

VInformación (agrupado)

N	Válidos	35
	Perdidos	36
Media		3,97
Desv. típ.		,857

Variable 3. Información recibida por los usuarios



→El nivel de satisfacción con la información recibida se puntúa con un 68,6% entre satisfechos y muy satisfechos. Y un 2.8% insatisfecho.

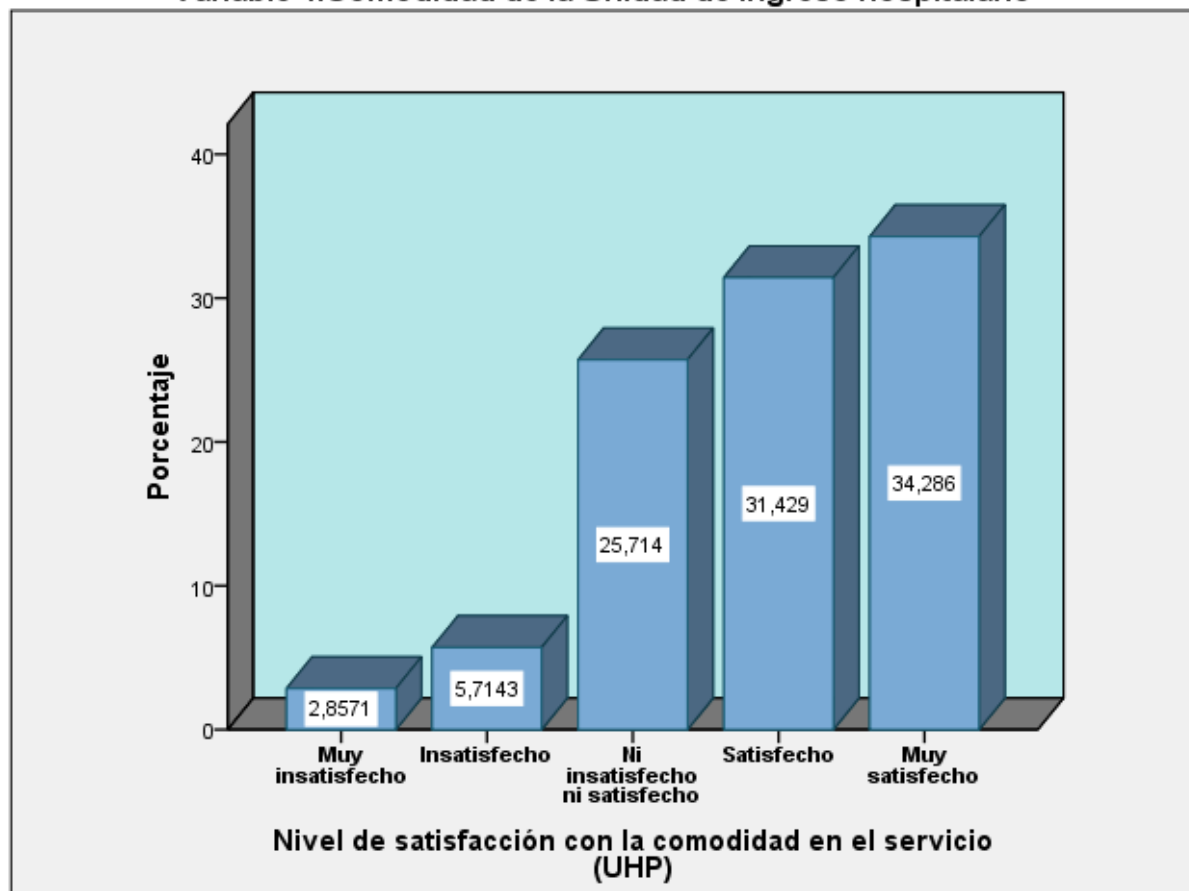
4.Tabla y gráfico de la dimensión: la comodidad en la unidad de ingreso.

Estadísticos

VComodidad

N	Válidos	35
	Perdidos	36
Media		3,8857

Variable 4.Comodidad de la Unidad de ingreso hospitalario



→El nivel de satisfacción con la comodidad de la UHP se puntúa con un 65.715% entre satisfechos y muy satisfechos. Y un 8.6% insatisfechos.

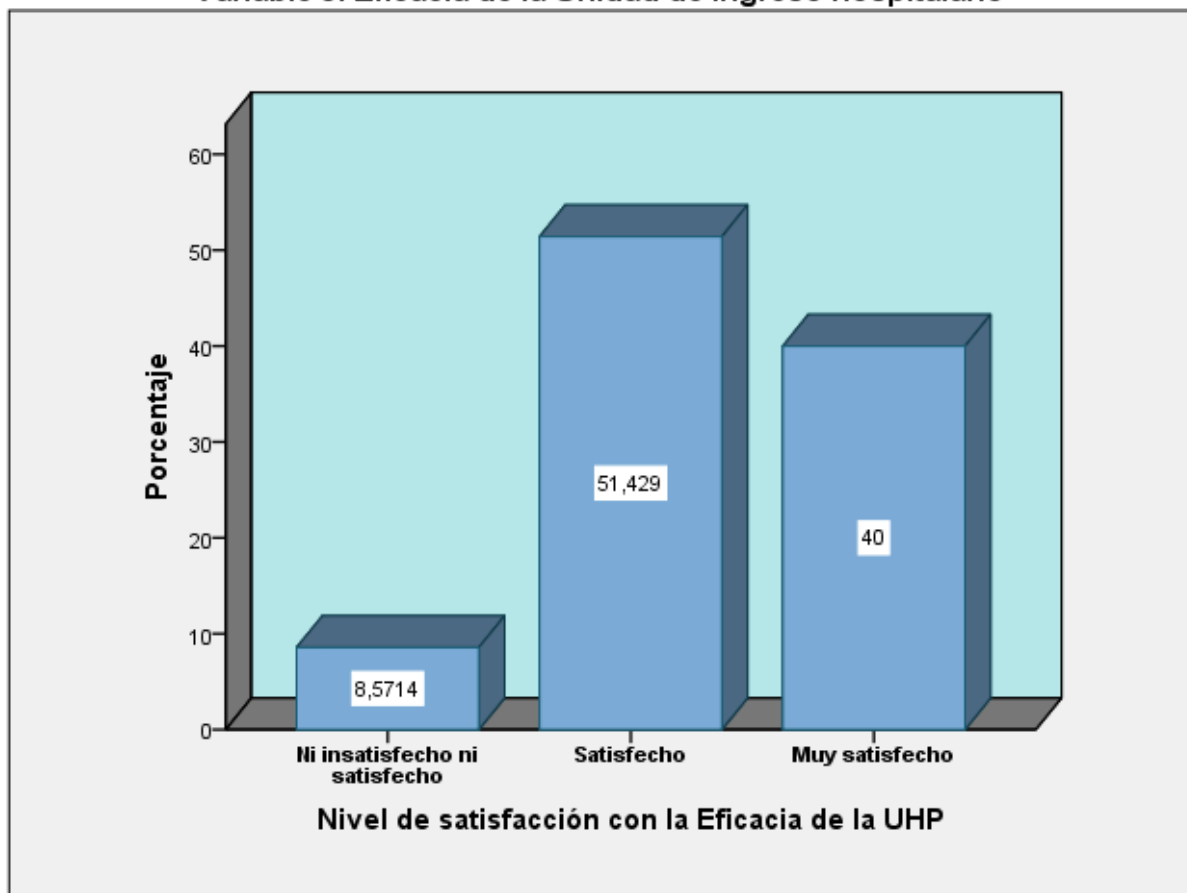
5. Tabla y gráfico de la dimensión: la eficacia del servicio.

Estadísticos

VEficacia (agrupado)

N	Válidos	35
	Perdidos	36
Media		4,31
Desv. típ.		,631

Variable 5. Eficacia de la Unidad de ingreso hospitalario



→El nivel de satisfacción con la eficacia de la UHP se puntúa con un 91,4% entre satisfechos y muy satisfechos. Y un 0% insatisfechos.

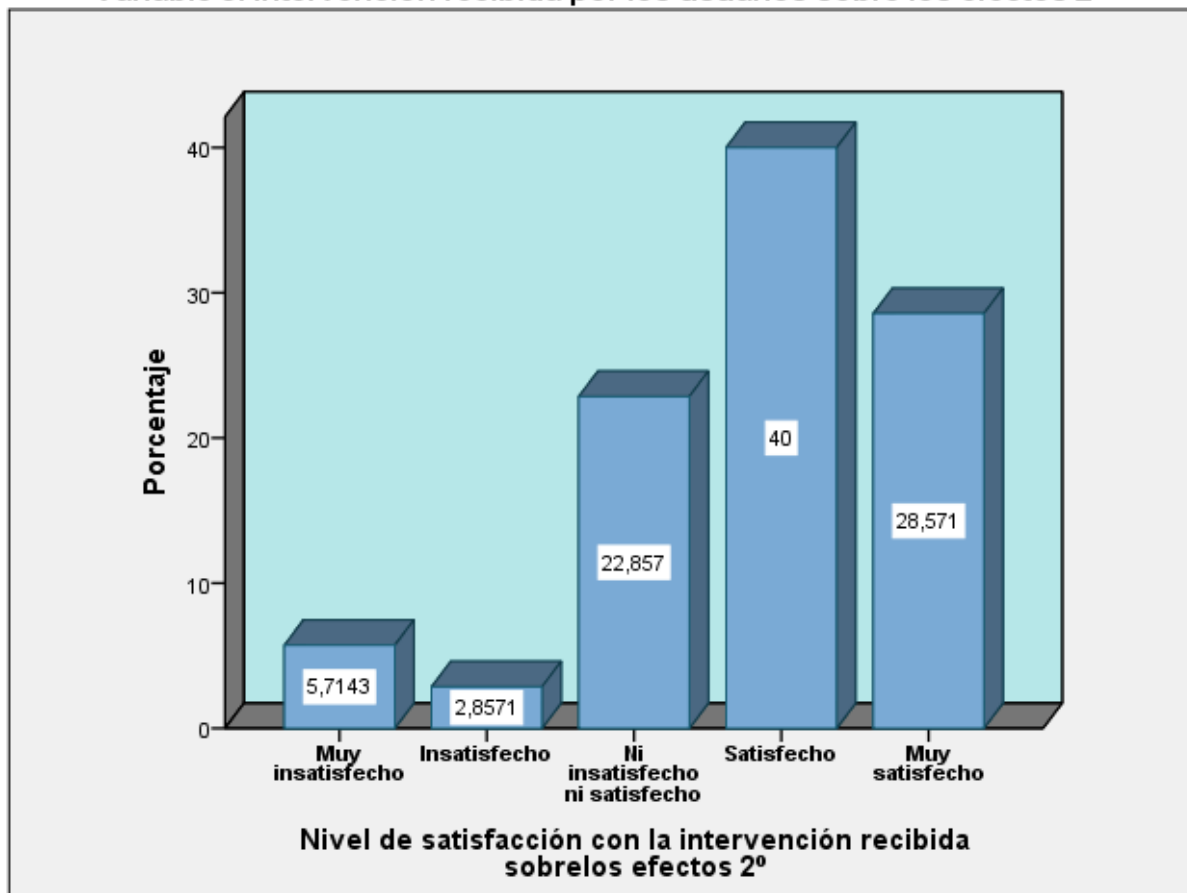
6. Tabla y gráfico de la dimensión: la intervención en relación a los efectos secundarios de la medicación

Estadísticos

VIntervención

N	Válidos	35
	Perdidos	36
Media		3,8286

Variable 6. Intervención recibida por los usuarios sobre los efectos 2º



→El nivel de satisfacción con la intervención recibida sobre los efectos 2ª se puntúa con un 68,5% entre satisfechos y muy satisfechos. Y un 14,3% insatisfechos.

ANEXO VIII. Análisis de las correlaciones de cada dimensión de la escala de Satisfacción (VSS-22) con el nivel de recuperación de Mars percibido por los participantes.

1. Tabla Correlación con Dimensión: satisfacción en general.

Correlaciones

		PercepciónRecuperación	VSatisfacciónEngeneral
	Correlación de Pearson	1	,300
PercepciónRecuperación	Sig. (bilateral)		,080
	N	35	35
	Correlación de Pearson	,300	1
VSatisfacciónEngeneral	Sig. (bilateral)	,080	
	N	35	35

→ Como la significancia bilateral es mayor a 0.05 (0.080), entonces dichas variables de Satisfacción dimensión 1 y Recuperación no están relacionadas entre sí.

2. Tabla Correlación con Dimensión: habilidades y competencias profesionales.

Correlaciones

		PercepciónRecuperación	VPofesionales
	Correlación de Pearson	1	,126
PercepciónRecuperación	Sig. (bilateral)		,470
	N	35	35
	Correlación de Pearson	,126	1
VPofesionales	Sig. (bilateral)	,470	
	N	35	35

→ Como la significancia bilateral es mayor a 0.05 (0.470), entonces dichas variables de Satisfacción dimensión 2 y Recuperación no están relacionadas entre sí.

3. Tabla Correlación con Dimensión : la información recibida por los usuarios.**Correlaciones**

		PercepciónRecuperación	VComodidad
PercepciónRecuperación	Correlación de Pearson	1	,106
	Sig. (bilateral)		,544
	N	35	35
VComodidad	Correlación de Pearson	,106	1
	Sig. (bilateral)	,544	
	N	35	35

→ Como la significancia bilateral es mayor a 0.05 (0.544), entonces dichas variables de Satisfacción dimensión 3 y Recuperación no están relacionadas entre sí.

4. Tabla Correlación con Dimensión: la comodidad en la unidad de ingreso.**Correlaciones**

		PercepciónRecuperación	VEficacia
PercepciónRecuperación	Correlación de Pearson	1	,267
	Sig. (bilateral)		,121
	N	35	35
VEficacia	Correlación de Pearson	,267	1
	Sig. (bilateral)	,121	
	N	35	35

→ Como la significancia bilateral es mayor a 0.05 (0.121), entonces dichas variables de Satisfacción dimensión 4 y Recuperación no están relacionadas entre sí.

5. Tabla Correlación con Dimensión: la eficacia del servicio.**Correlaciones**

		PercepciónRecuperación	VInformación
PercepciónRecuperación	Correlación de Pearson	1	,225
	Sig. (bilateral)		,194
	N	35	35
VInformación	Correlación de Pearson	,225	1
	Sig. (bilateral)	,194	
	N	35	35

→ Como la significancia bilateral es mayor a 0.05 (0.197), entonces dichas variables de Satisfacción dimensión 5 y Recuperación no están relacionadas entre sí.

6. Tabla Correlación con Dimensión: la intervención en relación a los efectos secundarios de la medicación**Correlaciones**

		PercepciónRecuperación	VIntervención
PercepciónRecuperación	Correlación de Pearson	1	,250
	Sig. (bilateral)		,148
	N	35	35
VIntervención	Correlación de Pearson	,250	1
	Sig. (bilateral)	,148	
	N	35	35

→ Como la significancia bilateral es mayor a 0.05 (0.148), entonces dichas variables de Satisfacción dimensión 6 y Recuperación no están relacionadas entre sí.